

**ОПРОС О ВСТРЕЧЕ ДЛЯ
ОБСУЖДЕНИЯ ПЛАНА УХОДА
PLAN OF CARE MEETING SURVEY**

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF

POC MEETING DATE

WAIVER:

Basic Core Basic Plus
 Community Protection

Данный опрос является добровольным и конфиденциальным. Ваше решение об участии в опросе не повлияет на предоставляемые вам услуги. Этот опрос поможет нам улучшить процесс составления плана ухода.

В каких отношениях вы находитесь с лицом, получающим услуги?

Я являюсь лицом, получающим услуги. Член семьи/опекун Оплачиваемый работник Друг/адвокат

ОПРОС

№	ВОПРОС	(1) ДА	(2) НЕ УБЕДЕН	(3) НЕТ
1.	Был ли ваш менеджер по делу вежливым и обходительным в процессе составления плана ухода?			
2.	Спрашивал ли менеджер по делу о том, беспокоит ли вас что-либо в отношении предоставляемых вам в настоящее время услуг?			
3.	Были ли обсуждены и включены в процесс составления плана беспокоящие вас вопросы?			
4.	Помогали ли вы разрабатывать ваш новый план ухода?			
5.	Получили ли вы информацию о том, какие услуги могут быть вам предоставлены по вашей исключительной программе для удовлетворения ваших установленных потребностей?			
6.	Могли ли вы выбрать услуги, предоставляемые по вашей исключительной программе, для удовлетворения ваших установленных потребностей?			
7.	Был ли вам предоставлен выбор среди поставщиков услуг?			
8.	Планировали ли вы удовлетворение ваших потребностей и достижение целей при помощи как исключительных, так и неисключительных услуг?			
9.	Обсуждались ли ваши потребности в плане здоровья и безопасности?			
10.	Составлялись ли планы для удовлетворения ваших потребностей в плане здоровья и безопасности?			
11.	Составляли ли вы план на случай чрезвычайной ситуации, такой как землетрясение или отсутствие вашего лечащего врача?			
12.	Получили ли вы информацию о том, что необходимо делать в случае, если ваши потребности изменятся до проведения следующего ежегодного составления плана ухода?			
13.	Получили ли вы информацию о том, как подать жалобу или потребовать проведения справедливого слушания дела?			

14. Используйте, пожалуйста, отведенное ниже место для дополнительных комментариев; или изложите свои предложения по улучшению процесса составления плана ухода.

DSHS 15-295 RU (12/2004)

Вышлите, пожалуйста, эту форму в прилагающемся конверте с обратным адресом и маркой или направьте по адресу:

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310